

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3001

Vragen van het lid **Bruins Slot** (CDA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het artikel «Ouders op ramkoers met de GGZ»* (ingezonden 22 juni 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 11 juli 2012).

Vraag 1, 2

Heeft u kennisgenomen van het artikel «Ouders op ramkoers met de GGZ»¹? Deelt u de mening dat dit een schrijnend verhaal is? Wat is uw mening over de onwenselijke situatie die rondom de zorg voor Romy H. ontstaan is?

Antwoord 1, 2

Ja ik heb kennis genomen van het door u genoemde artikel. Op basis van dit artikel kan ik echter geen uitspraken doen over deze individuele casus. Ik kan mij voorstellen dat de maatregelen van gedwongen opname, het toepassen van dwang en drang binnen de kliniek als straf wordt ervaren en traumatisch voor de patiënt kan zijn. Daarom is het van belang om dwang en drang zo kort mogelijk, humaan en op een veilige wijze toe te passen, waarbij er geen sprake is van eenzame insluiting en er altijd persoonlijk contact mogelijk is tussen de patiënt en zijn zorgverlener. Als er problemen zijn die niet vanuit de reguliere zorg kunnen worden opgelost dan dient het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) te worden ingezet. Ik heb van het CCE begrepen dat zij nog in gesprek zijn met de desbetreffende instelling. Zie ook mijn antwoord op vraag 5.

Vraag 3

Deelt u de mening dat familie door zorginstellingen serieus moet worden genomen bij de behandeling van psychiatrische patiënten?

Antwoord 3

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik naar mijn eerdere antwoorden op de vragen van het Kamerlid Leijten (SP) over GGZ-instellingen die de familie van een patiënt buitenspel zet (2011Z20400) van 14 oktober 2011.

¹ Stentor, 21 juni 2012.

Vraag 4

Op welke wijze is de Inspectie voor de Gezondheidszorg omgegaan met de meldingen die over de situatie van Romy H. zijn binnengekomen?

Antwoord 4

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in de periode maart 2010–september 2011 een aantal BOPZ-meldingen van de verschillende GGZ-instellingen ontvangen betreffende dwangtoepassing bij deze patiënte. De BOPZ-meldingen kwamen van verschillende instellingen, zowel in het kader van noodtoepassing als dwangbehandeling. Bij één melding was sprake van een langer durende dwangbehandeling. Deze dwangbehandeling is door de IGZ ter plaatste getoetst. De IGZ heeft dossieronderzoek uitgevoerd en met de behandelaar gesproken. De dwangbehandeling werd op dat moment door de IGZ als voldoende zorgvuldig beoordeeld, zowel wat betreft besluitvorming als uitvoering. Uit de toetsing kwam een beeld naar voren van een complexe situatie, waarbij risico's voor cliënte en omgeving wisselend optraden en dus voortdurend moesten worden afgewogen, hetgeen ook gebeurde.

Eind 2010 ontving de IGZ een calamiteitenmelding met betrekking tot de patiënte. Er was sprake van een suïcidepoging met letsel tijdens een klinische opname. De IGZ heeft de instelling verzocht om intern onderzoek uit te voeren naar aanleiding van deze calamiteit. Ook uit dit onderzoek is gebleken dat de behandeling van de patiënte voortdurend een complexe afweging vraagt ten aanzien van de risico's die samenhangen met (het teruggeven) van zoveel mogelijk autonomie versus het (onder dwang) toepassen van restricties om de risico's te beheersen. Het beleid dat gericht is op zo veel mogelijk (teruggeven van) autonomie kan op gespannen voet komen te staan met het voorkomen van risico's. Op basis van het interne onderzoek heeft de IGZ verbetermaatregelen voorgesteld om de risico's bij het vergroten van de autonomie te verkleinen. In de kern gaat het om het in dergelijke gevallen intensiveren van toezicht op de cliënte. De IGZ kon zich vinden in de conclusie van het interne onderzoek en de genomen maatregelen. Daarbij heeft de IGZ de instelling verzocht de voorgestelde verbeteringen vast te leggen in structureel beleid, hetgeen ook is gebeurd.

Naar aanleiding van de nu beschreven vastgelopen behandelings situatie zal de IGZ nagaan of de recent in de media geuite informatie nog tot nieuwe inzichten kan leiden. De IGZ zal hierover contact zoeken met de Geneesheer Directeur van de GGZ-instelling die nu behandeling aan patiënte biedt en daarbij de mogelijkheden tot inzetten van externe deskundigen bespreken.

Vraag 5

Wat vindt u ervan dat het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) regelmatig geen toegang tot instellingen krijgt en de adviezen van het CCE genegeerd worden? Op welke manier kunt u er voor zorgen dat de adviezen van het CCE wel door behandelteams overgenomen worden?

Antwoord 5

Mij zijn geen signalen bekend dat het CCE geen toegang krijgt tot een GGZ-instelling en dat adviezen niet worden overgenomen.

Het CCE kan als zelfstandige organisatie voor consultatie worden ingezet als er ernstige zorgen zijn over de kwaliteit van leven van een cliënt. GGZ Nederland en het CCE hebben in juni 2011 een samenwerkingsverband gesloten om de kennis en expertise van het CCE ook voor de GGZ meer toegankelijk te maken. Hiermee krijgen de GGZ-instellingen een instrument in handen om de dwang en drang terug te dringen en zich verder te professionaliseren. Ik acht het van groot belang dat GGZ-instellingen zich realiseren dat zij in een vroeg stadium externe consultatie kunnen en vanuit patiëntveiligheid ook moeten inschakelen.

Vraag 6

Welke doorzettingsmacht heeft het CCE als instellingen niet actief meewerken aan het geven van adequate zorg aan een patiënt?

Antwoord 6

Het CCE kent geen doorzettingsmacht. Zij brengt adviezen uit die GGZ-instellingen bij het behandeltraject van een patiënt kunnen betrekken. Als het CCE onvoldoende ontwikkelingen ziet kan zij de IGZ hierbij betrekken. De IGZ heeft in 2011 aangegeven de in- en externe consultatie bij langdurige dwangtoepassingen op te gaan nemen in haar toezichtkader. Als GGZ-instellingen geen toegang verlenen aan het CCE en adviezen terzijde leggen, dan acht ik dit voldoende grond voor de IGZ om nader onderzoek te verrichten. Als op basis van opgedane bevindingen blijkt dat een GGZ-instelling onnodig langdurig dwang en/of drang toepast – wat ten nadele is van de gezondheid van de patiënt – dan is het aan de IGZ om vanuit haar rol als toezichthouder maatregelen te nemen. Zie ook mijn antwoord op vraag 5.

Vraag 7

Wat vindt u ervan dat de kamerprogramma's klaarblijkelijk als alternatief worden gebruikt voor een isoleercel? Vindt u ook dat een kamerprogramma niet het karakter mag krijgen van een isoleercel?

Antwoord 7

In de GGZ is het beleid om cliënten niet op te sluiten. Echter, soms doen zich situaties voor waarbij wordt besloten om iemand tijdelijk af te zonderen. Hiervoor zijn afspraken gemaakt tussen de cliënt en de behandelaar. Deze afspraken zijn vastgelegd in het behandelplan en het kamerprogramma kan hier dan een onderdeel van zijn. Het verblijf in de kamer wordt ingezet om het gebruik van de separeer te voorkomen.

In de afgelopen jaren is er door het veld gekeken welke alternatieven er zijn om dwang en drangtoepassingen terug te dringen. Deze zijn samengevoegd in het rapport «Best practices rondom dwangreductie in de GGZ», dat ik u op 12 januari 2012² heb toegestuurd.

Eén van de ontwikkelde alternatieven is bijvoorbeeld de comfortroom; een huiselijke omgeving waarbij de cliënt tot rust kan komen.

Ik ben van mening dat bij ontwikkelde alternatieven waar sprake is van afzondering door de cliënt, de deur niet op slot mag. Zodra dit wel het geval is, is er geen sprake van een alternatief voor separeren en draagt dit niet bij aan het terugdringen van dwang en drang.

Vraag 8

Hoe kijkt u aan tegen de keus van zorginstellingen om zich langdurig te richten op het beheersbaar maken van de veiligheid en niet over te gaan tot het behandelen van psychiatrische patiënten?

Antwoord 8

Ik ben van mening dat de cultuur in een GGZ-instelling er één moet zijn van behandelen van de psychiatrische patiënt. Alle ontwikkelingen van de afgelopen jaren zijn daar ook op gericht. Er mag en kan geen sprake meer zijn van een cultuur die gericht is op beheersen dan wel beveiligen van GGZ-patiënten.

² TK 25 424, nr. 159.